

③児童虐待の種別

虐待の種別の概要であるが、図6に示したように大都市圏とそれ以外の圏と同じような結果であった。

図6 児童虐待の種別



(4)精神科治療を要する児童の現状

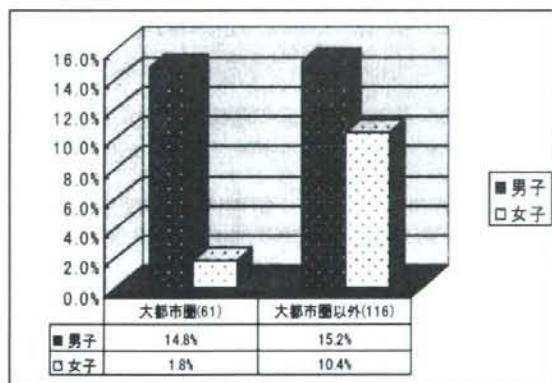
①精神科にて加療中の児童について

調査時点で精神科治療を受けている児童の概況を表15に示す。入所児童の12.5%が精神科治療を受けていることが明らかになった。全体としては大都市圏もそれ以外の地域も約11%と13.5%で、地域差は少ない。図7を見ると、女子の精神科医療の加療の割合は大都市圏と比べると大都市圏以外の方が多という傾向が示される。

表15 精神科治療を受けている児童の概況

	男子	女子	合計
大都市圏	14.8% (58)	1.8% (3)	10.9% (61)
大都市圏以外	15.2% (85)	10.4% (31)	13.5% (116)
総数	15.0% (143)	7.3% (34)	12.5% (177)

図7 精神科治療を受けている児童の概況



②精神科における治療の内容

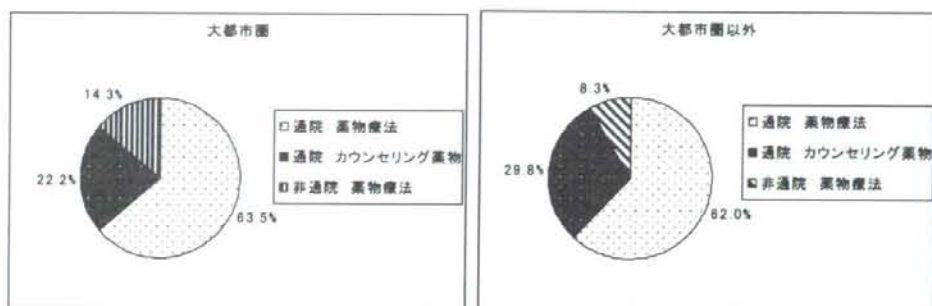
表16は精神科治療の内容について示したものであるが、通院による薬物治療を受けている児童が最も多く、次いでこれに加えてカウンセリングを受けている児童が多く、通院もせずに薬物を服用している児童は少ないという結果であった。精神科医療の必要性の高さを表す結果とも言える。

表16 精神科における治療の内容 (名)

	通院（薬物療法）		通院（薬物療法＋ カウンセリング）		薬物療法		小 計	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子
大都市圏	37	3	12	2	9	0	58	5
大都市圏以外	55	20	24	12	7	3	86	35
小 計	92	23	36	14	16	3	144	40
合 計	115		50		19		184 (12.9%)	

図8は大都市圏と大都市圏以外の施設での精神科治療の内容を図で比較したものであるが、内容としてはほぼ類似の結果であった。

図8 精神科における治療の内容



③入院治療の有無と入院利用者数について

入院治療を受けた児童の実態であるが、平成19年9月1日から平成20年8月31日の一年間の期間で177名の精神科治療を受け、そのうちの17名が入院治療を受けていた。入院形態や入院に関する病院側の協力体制についてはさらに詳細な調査が必要である。

表17 入院治療を要した児童について (名)

	有	入院数	無
大都市圏	5	5	7
大都市圏以外	9	12	27
全 体	14	17	34

④精神医学的な診断やアドバイスを受けたい児童の現状について

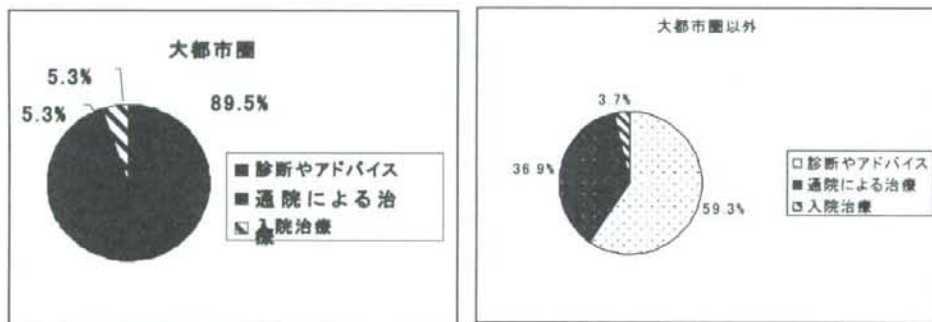
この項目では、現在入所中の児童で精神医学的な診断やアドバイスを受けたい児童の現状について調査した。前項の結果をもう少し詳しく推測するための調査項目でもある。入所中の児童で精神医学的な診断やアドバイスを受けたい児童の有無とその人数を通して児童自立支援施設が精神科医療に対して抱えているニーズの大きさを問うたものである。

表18 精神医学的な診断やアドバイスを受けたい児童の現状について

	診断やアドバイス		通院による治療		入院治療		総 数
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	
大都市圏	27	7	2	0	2	0	38(6.7%)
大都市圏以外	89	38	58	21	3	5	214(24.9%)
総 数	116	45	60	21	5	5	252(17.7%)

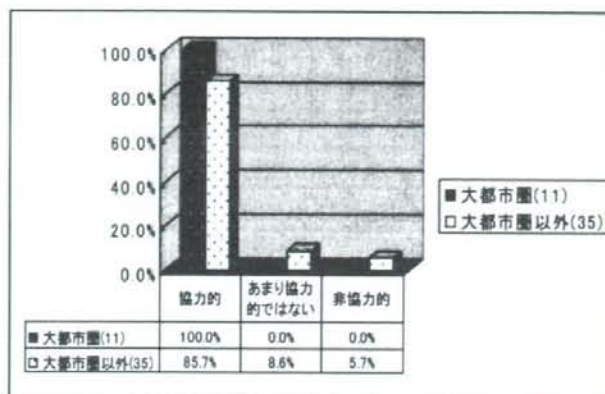
総数として対象児童1418名中252名が、割合にして17.7%の入所児童に精神医学的な診断やアドバイスを受けさせたいといった施設側の潜在ニーズがあった。特に大都市圏以外の地域の児童自立支援施設は入所児童の24.9%に精神医学的診断やアドバイスのニーズが認められていた。この課題に対する大都市圏の施設と大都市圏以外の施設の違いを図9に示した。

図9 精神医学的な診断やアドバイスを受けたい児童についての比較



(5) 地域の精神科医療機関の協力関係について

図10 地域の精神科医療機関の協力体制



地域の精神科医療機関の協力体制については図10に示されたように大都市圏および大都市圏以外の地域においても協力的であるという回答を得た。大都市圏、大都市圏以外において地域の精神科医療機関から比較的良好な協力を得ていると考えられた。

(6) 施設における医療的機能について

児童自立支援施設の精神医学的診察やアドバイスの必要性がかなり高いことが判明したのであるが、これら施設がこうした医療を受けるためにどのような設備を有しているのかを以下の項目で調査した。

① 医務（医療）に関わる部屋について

表19 医務に関わる部屋

	専用の医務室		保健室（静養室）	
	有	無	有	無
大都市圏（12）	3	9	10	2
大都市圏以外（38）	11	24	33	3
全 体	14	33	43	5

医療設備としての医務室或いは保健室（静養室）の設置状況を表19で示した。保健室は多くの施設で設置してあるが、医務室については設置していない施設が大半であった。

② 医師の配置について

医師については回答の得られた施設からは、常勤医師は皆無で、ほとんどは非常勤であった。また非常勤医師ではありながらもほぼ全施設で精神科医師を置いていた。

表20 医師の配置について

	常勤医師		非常勤医師	
	有	無	有	無
大都市圏(12)	0	11	12	0
大都市圏以外(38)	0	36	35	1
全 体	0	47	47	1

③看護師の配置について

看護師については多くの施設で常勤或いは非常勤の看護師を設置していた。常勤の看護師を設置している施設が多いようである。

表21 看護師の配置について

	常勤看護師	非常勤看護師	どちらもいない
大都市圏(12)	9	2	2
大都市圏以外(38)	3	5	27
総数	12	7	29

④心理士の配置について

心理士の設置については、約62%の施設で進んでおり、大都市圏の施設の方が常勤或いは非常勤の心理士を設置しているものとうかがえた。

表22 心理士の配置について

	常勤心理士	非常勤心理士	どちらもいない
大都市圏	4	7	2
大都市圏以外	7	11	17
総数	11	18	19

3. 児童相談所との関係

(1) 児童相談所の心の問題に対する心理判定について

ここでは、以下の三つのカテゴリーに分け児童相談所の心理判定に対する施設の評価について回答を得た。表23の①、②、③は以下の三つのカテゴリー、①心理判定により心の問題に対する判定が適切に示されている、②心理判定により心の問題に対する判定がある程度示されている、③心理判定には心の問題に対する判定は示されていない、を示すものである。結果は、「心理判定書に適切に示されている」と評価している施設は約1割程度で、大多数は「ある程度示されている」、というものであり、心の問題についての判定書については課題を残すものと考えられた。

表23 心理判定に対する評価

	①	②	③
大都市圏	0	11	0
大都市圏以外	5	29	2
全体	5	40	2

- ①心理判定により心の問題に対する判定が適切に示されている
- ②心理判定により心の問題に対する判定がある程度示されている
- ③心理判定には心の問題に対する判定は示されていない

(2) 児童相談所の医学判定について

心の問題に対する医学判定についても、表24にあるように、①医学判定により心の問題

を持つ児童については所見あるいは判定内容が示されている、②医学判定により全ての措置児童に対する所見・判定は適切に示されている、③医学判定は示されない、の三つのカテゴリーについての評価を得た。つまり措置児童の一部について、例えば心の問題を持つ児童についての医学判定がなされているのが現状であった。

表24 医学判定に対する評価

	①	②	③
大都市圏	9	0	2
大都市圏以外	22	4	8
全 体	31	4	10

- ①医学判定により心の問題を持つ児童については所見あるいは判定内容が示されている
 ②医学判定により全ての措置児童に対する所見・判定は適切に示されている
 ③医学判定は示されない

(3) 児童相談所の医学判定或いは心理判定についての意見（自由記載）

主だった意見は、まとめると以下のようなになる。

①医学的所見・判定について

全ての措置児童について医学的所見・判定を行って欲しい。「〇〇の傾向、疑い」という所見が多く、このため入所後の方針が決めづらい。心理テストのWISC-Ⅲの生データやプロフィール等の資料を付けて欲しい。

②発達障害に関して

判定に関しては、発達障害という概念が十分に理解されていないような印象を持つ。発達障害や知的障害が別の機関（発達障害者支援センターや療育センター）で対応されているからであろうか。発達障害を含め精神的援助が必要と思われるケースはすべて医学判定をして欲しいが行われていない場合が多い。

③施設入所前に一時保護をして精神科への連携が必要かどうかの判断をして、しっかり見極めをして欲しい。特別な対応が必要な児童については診断名及び具体的な支援方法などを示して欲しい。

4. 児童及び一般精神科医療に関する考えや要望について（自由記載）

児童自立支援施設として入所児童のケアを行う上で児童及び一般精神科医療に関する考えや要望については以下のようなになる。

（大都市圏の児童自立支援施設）

- ・Drや心理との連携は重要だと考えています。しかし、処遇上の困難さを、他の分野に「丸投げ、お任せ」的な感覚になるのは避けたい。支援のベースは「生活」であることを忘れず、協働していく事が大切だと思う。
- ・児童精神科医が常駐してもらえたら、一番よいと思います。
- ・精神科に通院または入院してから入所する児童もいます。児童も生活が大変になってくる中で次々にやることや覚えなくてはいけないことがたくさん出てくるので、悩んでる暇が

ない生活を送っていく中で薬に頼らなくても、身体を動かして、早起き早寝の規則正しい生活を送れるようになっていきます。なので、学園では普通の安心した生活を送らせていく中で精神疾患の症状は消えていくものだと考えています。

- ・保護者や主治医との連携が望まれるが、困難なことが多い。児童の主治医は大学病院及びこども専門の医療機関であることが多く連携は円りやすい状況にあるが、新規に受診する場合の待機時間を要す場合や入院対応が必要になった場合の調整に課題を残す状況にある。
- ・発達障害・被虐待と様々な非行問題の原因となる新たな要素をもった児童が入所してきており、旧来からの非行児童への処遇という考えとは、かけ離れた部分が多くなってきており、医学的・心理学的な対応を日常から行われるべきであろうし、もし、できないのであれば、その児童の処遇を行う上で、より適切な場所を考えていくべきではないかと思われる。
- ・施設内での指導で済む状態なのか。医学的な援助・みたてが必要な状態なのか見極めが困難である。入所時にある程度明確になっているケースを除けば、自傷や他害のほか、大きな事案が発生してはじめて対応するという形になりがちである。特に入所後に新たに発生したものなどについては職員らが察知するスキルを持つ必要がある。思春期外来(入院機能を有する)が少ない。近隣の病院でも同じDrにかかるのに予約が必要で、かつ非常勤であるため、診察までの間隔が長かったり、こまめに状態・変化を見ていただけないデメリットがある。
- ・当施設の主な役割として、対象児童が不登校、引きこもりへのケアを重点としており、精神的にも、生活面においても様々な不安を抱えた児童が大半です。実際に、精神科医や小児心療科などの医師ともケースカンファレンスを持って、対応できるケアについて、話し合ったりすることも重要な事だと考えております。
- ・現在、心理士1名が常勤として配置されているが最低もう1名の配置をして、児童のケアにあたる必要がある。すべての職員が心理的療法について研修して資質をあげる必要がある。
- ・年齢的に精神科医療へ入院の必要があった場合の受け入れ先が無く難しい。入園時には精神科医療につながられているが、退園後の継続医療を受ける環境が整えられていないため、退園後の医療支援に問題が残る。
- ・発達障害、知的障害などの障害を持つ児童の入所が多くなっているが、乳幼児期の家庭での養育環境が起因すると考えられるケースもあるため、容易に判断を下さないよう留意している。児童個々の能力を伸ばすことで社会適応を考えている。

(大都市圏以外の地域における児童自立支援施設)

- ・緊急を要する場合、入院対応等をお願いしても空きがなく、受け入れてもらえない場合がある。医療的安全確保が必要な場合の枠の充実を望む。
- ・発達障害児や被虐待児が多く入所している児童自立支援施設において、入所児童のケアを行う上で精神科との連携は不可欠であると思う。通院することで気持ちの安定が図られ、指導が入りやすくなったケースもある。
- ・発達障害や被虐待に伴う問題行動のある入所児童が増えてきていると考えられるので、児

童精神科専門医との連携の重要性が増している。が、連携可能な専門医が身近にいない状況である。(適切な診断と効果的な支援についてのアドバイスがあれば助かります。)

- ・支援が困難で、行き場のない児童が自立支援施設に措置されているケースが大部分であるが、明らかに自立支援施設の機能が合わず(逆効果)、当施設で処遇が困難になった場合、医療機関も受け入れについては、非常に非協力的になる。
- ・近年、被虐待児や発達障害児の入所が増えてきており、より個別的なケアが必要になってきている。心理判定員の配置や精神科(医療機関)との連携も必要となってきた。
- ・入所児童について：どのような気質的背景があるにしろ、どの児童も変容は可能であると考え、関わっている。精神科医療について：児童処遇をよりよくするためにも、もっと連携を深めなければと思っている。
- ・施設は通過点に過ぎない。施設退所までを見据えた長期的展望に立っての計画を立てていただきたい。
- ・精神科医療に関する知見をもっと活用すべきと考える。
- ・行動を統制し、集団処遇によって生活していくことが他施設より要求されるため、衝動性コントロール、気分安定のための投薬、精神医学的視点からの見立てと対応のアドバイス、不適応が大きくなった際の一時的入院治療等、精神科医療との連携は必須と思われる。
- ・今の時代、児童自立支援施設に入所してくる児童は、過去そうであったように家庭が崩壊して非行が進んでしまった児童と、児童自身の問題が大きく、地域での対応が出来ない児童に大別される。前者はすべて虐待、しかも深刻な虐待を受けている。後者の多くは、発達障害がベースにあり、さらに二次性併存障害を起こし、行為障害にまで至っている。あるいは可能性の児童である。さらに両者が複雑に混在している。そんな児童が、児童自立支援施設という、これまた極めて特異な生活環境に入所するのである。物質的に満たされなかった昭和までの時代ならいざ知らず、衣食足りて礼節を知るという時代ならいざ知らず、物質的には何とかなっていると児童自身が思っている現代、生活の特異さは際立っている。少年院のように物質的に外の世界や他者と隔絶されてしまえば、刺激のコントロールも可能であり、行動が激化するのを抑制することも可能である。しかし、児童自立支援施設は、物質的制限をせず、児童の心に働きかけていく。それは、抱え込んでいる様々な心の問題を触発し、児童が混乱してしまうことがとても多い。また、同じような問題を抱えた児童ばかりであり、それが相互に影響を及ぼし合うため、混乱がなかなか収束しない。医療的な援助が十分なされていない状況では、「児童の心」が爆発する危険性を常に抱えている。地域での児童精神科医の充実と、児童自立支援施設への常勤の児童精神科医の配置は今日の状況を考えれば、最低条件と考える。
- ・精神科の治療と言えば聞こえは良いが、中身はいま一つであり、主な治療は「薬」である。一昔、二昔前にも対象児童がおり通院していたが、全く効果はなし。通院を中止した途端症状が和らいできたという時期があった。ケースバイケースであると思われるが、精神科医療に対しては期待はしていない。
- ・入所児童で、精神科医療が必要と思われる児童の受診や治療について、本人や保護者の同意がとれないケースもある。まだまだ精神科医療について偏見がある様に感じており、人権教育も併せて行っていく必要があると考えている。又、思春期に入ってから発達障害など精神科医療での診断がつく場合が多く、医療につながらないこともあり、幼児期からの

医療面のケアの必要性があると感じている。

- ・常勤が望ましいが、医師としては入所児童数等で、1つの職場としては勤務しづらいと思われる。必要時にすぐ相談できる現在の対応が今のところ最も良い方法と思われる。発達障害や知的障害という学習を職員としてどのように行うのか(計画的に育てていくこと)が社会的養護の施設に求められている。(自立支援施設だけではないと思われる)
- ・発達障害に対する関心が高くなってきたこともあり、発達障害児を診ることができる精神科医も少しずつ増えてきているが、診断と服薬を重視する傾向がある。重要なことは、診断ではなく、服薬すれば改善するというものでもなく、発達障害児や被虐待児のための処遇プログラムであり、具体的にどうするか、どう関わるかということであり、こういう点で参考となるような精神科医療であって欲しい。
- ・鹿児島には、児童精神科が少ない。親の同意を得ることが困難な場合がある。
- ・近年入所児にADHD、知的障害、発達障害を抱える児童が増える傾向があり、処遇等に考慮するケースもあることから、精神科医療でのアプローチが重要となってくる。
- ・医療的ケアを必要とする児童に対しての具体的な関わり方、注意すべき事項について、具体的なアドバイスをお願いしたい。(心理的不安定等を増長させない関わり方など)
- ・人的な配置の充実が望まれる。
- ・児童を対象とした精神科医師の数が非常に少ない現状の中、本校の周辺は県内において比較的恵まれている地域にあるので、連携は比較的スムーズといえる。しかし児童自立支援施設においては、職員の異動などにより、職員の専門性の確保が急務と感じる。児童の精神的ケアを考えた場合、診断のついている児童の対応だけでなく、未診断の児童の中にもケアが必要な児童がいるのではないかと感じる。医師との積極的な連携を進めていきたいと感じる。また、医師の方々にも児童自立支援の生活状況や指導状況についてご理解いただけたらと感じる。
- ・近年の入所児童の傾向として、心理的・精神的なケアや治療を必要とするケースが増加している。当学園では非常勤の臨床心理士を配置しているが、今後はさらにその役割が重要になると思われる。また、精神科嘱託医との連携を密にするとともに、一般の職員の資質向上のために積極的に研修に参加し、より適切な処置が行われるよう努めるべきだと思われる。
- ・入所児童のケアに際しては、保護者の理解が先決であるが、措置児相や関係医療機関の協力体制も必要と思われる。
- ・思春期外来を増やしてほしい。児童に対応できる医師を増やしてほしい。学園職員や児相職員の間では、医療機関との関わりが必要であると思われても、保護者の同意が得られず受診できなかったり、協力が得られないことで診断がくだせなかったり、数には上がらないが、疑いのある児童はたくさんいる。
- ・近年発達障害、ADHD等で服薬治療を要する児童の入所が増え、職員に戸惑いがみられる。集団生活に適應しないケースが多い。集団処遇のみならず、個別処遇が求められるようになるなど、支援内容が複雑化し、小舎夫婦制の当センターにとって、特に寮担当者に大きく負担となっている。児童医療機関へ通院することで、職員にとって対応力の向上、又、職員のケアになっていると思われる。
- ・精神的に落ち着かない児童の場合、衝動的で失敗経験が多いため、自信のなさがうかがえ

る。薬の力を借りて少しでも落ち着くことによって成功体験を重ねることで本人自身の自信にもつながると思われ、精神科医との連携は欠かせないものになってきている。

- ・心理的、医療的に対応し支援が効果的に行えるようにしたい。定期的な診察や面接等を行い、関係者によるケースカンファレンスが必要である。

D 考察

子ども家庭福祉分野で入所による支援の場として、乳児院、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設そして母子生活支援施設があるが、いずれの施設も様々な問題と課題を抱えている。これらについては平成20年10月に報告された「社会的養護施設に関する実態調査結果の中間報告」にその実態が詳しく記載されている。また、平成17年度に国は児童自立支援施設の抱えている課題や問題を検討するために、「児童自立支援施設のあり方に関する研究会」を立ち上げ、平成18年3月にその報告書が発表されている。この研究会の報告を受けて全国児童自立支援施設協議会が平成19年度から「児童福祉施設における非行児童への支援に関する調査」を行い、平成20年3月に報告書が出されている。

いずれにせよ近年の児童自立支援施設は時代的及び社会構造的な変化を受けていくつかの大きな問題に直面している。その一つは入所児童の長期的な減少傾向、二つ目は虐待を受けた児童や発達障害の児童の入所が増加している。三つ目は施設の寮舎の運営は伝統的な小舎夫婦制が維持できなくなり、交替制へシフトする施設が増えてきたことである。つまり入所する児童の問題が変化したこと、発達障害や被虐待による心の問題を主にして反社会的な問題の改善や治療的な支援を要する児童を対象とすることが求められてきた。施設の体制としては小舎夫婦制という家族的な環境を軸にした支援・指導から新たな治療的な環境を構築することが求められていると言うことになる。

以下に児童自立支援施設に着目してこれら報告を概観する。

1. 近年の児童自立支援施設をめぐる問題の検討

(1) 全国児童自立支援施設協議会による「児童福祉施設における非行児童への支援に関する調査」から

この報告書について本研究と関連する児童自立支援施設の課題とテーマは以下のようになる。アンダーラインを付した部分は特に児童自立支援施設に関連した記載を強調したものである。

①入所の実態

入所の理由と並んで退所の理由は入所児童に対する施設の役割と今後の課題を示すのであり、この度の報告では児童自立支援施設においては家庭復帰又は親戚引き取りが全体の70.2%を、次いで就職(自立)に伴う独立が9.6%をしめ、この二つで80%に達していた。この二つの課題に対する児童養護施設の実態は前者が63.2%、後者が21.2%であった。情緒障害児短期治療施設は前者が66.8%、後者が3.7%であり、いずれの施設も児童の自立というテーマが最も大きな役割になる。家庭復帰の見通しについての考えとして、他の児童福祉施設は復帰困難あるいは見込み無しが3割程度に達しているが、児童自立支援施設では約5割が復帰見込み有りと高値になっている。

②ケア(治療的支援を含んで)について

FGC（ファミリー・グループ・カウンセリング）との関連で見ると、家族療法が目されるのであるが、情緒障害児短期治療施設が約8割で実施しているのに対して、児童自立支援施設ではほとんどなされていない状況にある。適切なケアを提供するために今後必要とする事柄については、児童福祉施設全体が第一に挙げた事柄は、人的資源の拡充であるが、児童自立支援施設はこれに次いで上げた事柄は施設機能の強化・拡充であった。

③入所児童の心身の状況について

情緒・行動上の問題項目に着目すると、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設の順で情緒・行動上の問題を示す児童の割合が増え、児童自立支援施設では特に、「反社会的行動傾向」、「集団不適応」、「養育者との関係性の問題」が際だって高値となる。「確かに問題有り」というカテゴリーでは、32.8%、17.6%、11%で、これに「疑いあり」を加えると、47%、32%、23.8%に達する。

④発達障害・行動障害等の状況について

入所児童の発達障害・行動障害等の状況を見ると、情緒障害児短期治療施設の7割弱に次いで、児童自立支援施設では4割が「診断有り又は疑い有り」となる。これらの中で「発達障害系」が最も多くなっており、発達障害・行動障害等の中の26.9%が「発達障害系」となっている。

⑤被虐待体験の有無について

被虐待体験の有無は、情緒障害児短期治療施設で8割弱、児童養護施設及び児童自立支援施設では約6割であった。

⑥ケアの適合状況

ケアの適合状況とは、入所児童がその施設で対応することが適切かどうかを施設側から評価したものである。言い換えれば児童相談所の措置に対するフィードバックとも言える。「適していない」（すなわち他施設でケアを受けることが適している）と評価された児童の割合は、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設においては約1割みられる。

「適していない」とされた児童に対するケアの負担感については、児童養護施設では約7割が、情緒障害児短期治療施設では4割が、そして児童自立支援施設では6割が負担感を抱いていた。

(2)「児童自立支援施設のあり方に関する研究会」について

①施設における基本的考え方として、施設は施設が所有している生活・支援・ケア・教育・治療機能など、すべての機能を活用して、子ども自身が、健康な心身を育む力、自己肯定感などを育み自分を大切に自分らしく生きる力、他者を尊重し共生していく力、非行といった行動上の問題などを解決・改善していく力、社会的スキルの獲得など基本的な生活を営む力などを身につけていくように支援してゆくことが重要である。

②自立支援機能の充実・強化については、次のような指摘が目される。被虐待経験や発達障害等を有する子どもの支援・援助については、支援等に係わる職員と医療・福祉・教育など外部機関のスタッフが情報を共有化し、緊密な連携を図り対応することが不可欠であり、そのためにも、専任医師の配置や外部の医療機関との連携・協力体制などを整備することが必要である。しかしながら、児童精神科医の絶対数が少ないことから、施設が

大学・医療機関等と連携し、医師の養成・研修の場を提供するなどの積極的に人材の確保に取り組むべきである。また、施設職員が入所している子どもの心理的・医学的問題などに適切に対処できるよう研修等の充実に努めるなどの専門性を高めていくことが必要である。

親支援・家族支援のあり方としては、以下の記載が注目される。子どもの立ち直りや社会的自立には、親（保護者）の理解と協力が不可欠であり、家族との交流・関係調整などの支援・援助が重要となる。ファミリーグループカンファランス（FGC）の活用が求められる点である。

2. 本研究の結果の考察

調査結果から重要と考えられる課題を小括し、これらについて考察を加える。

(1) 児童の入所に関すること

入所定員に対する実際の入所数、すなわち入所率は今回の調査では平均で49.4%であり、大都市圏の児童自立支援施設では66.9%に達するも大都市圏以外の場合では41.7%と低い数値であり、施設の利用をめぐる課題があるものと考えられた。児童養護施設においては、全国的に満床の状態にあり、常に入所が必要な児童が児童相談所の一時保護所で待機せざるを得ない状況にある。しかも児童養護施設においても被虐待児の占める割合が高くなり、その他の心の問題を有する児童に対する心理的ケアもせざるを得ない。さらには児童養護施設に入所中の児童でも外向的問題を呈し、そのために情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設に措置変更をせざるを得ない児童も発生している。これら施設の間では入所する児童の入所事由は程度が異なるものの内容は類似しつつあるとも言える。こうしたことから、児童自立支援施設は施設の独自性や、施設の指導の特徴や優位性をもっと明確にする必要性があろう。また入所率が少ないことは児童自立支援施設の有効活用といった視点で社会的に大きな課題が残ると言える。

(2) 入所児童の心の問題による施設の負担と課題

入所児童で心の問題の診断名の付いた者が35.9%であった。このような入所児童の心の問題は施設が適切な運営を行う上で大きな困難と負担の要因となっていた。現在の児童自立支援施設においては児童の問題に適切に対応するために精神保健や精神医学の考え方や技術が不可欠であることがより明らかになった。しかも入所後に心の問題が顕現化した児童は入所者の7.5%に及ぶが、児童相談所の入所前の判定では把握できない問題が児童自立支援施設での生活が始まってから出現する場合が少なくないということになる。

心の問題を有する児童に対して、多くの児童自立支援施設は施設として限界を感じており、こうした問題は入所児童にとっても職員にとっても大きな問題となる。児童においても安全な環境の中で心を落ち着けて自立に向かう課題に取り組めなくなる可能性が増すであろうし、職員においても児童の指導に対する不安や不安全感のために児童と良好な関係を保ちにくくなるであろう。

(3) 発達障害の児童の増加と新たな問題

発達障害を有する児童は入所児童の31.1%に及んでいる。この数値は児童自立支援施設

の職員が発達障害について関心を持ち、理解を深めつつあることを示す。同時に、発達障害の児童の多くは併存障害である行為障害や反抗挑戦性障害などの破壊性問題行動がある故に入所していることから、彼らの指導や自立達成には大きな困難が伴うことが考えられ、そうした児童が入所児童の31.1%に及ぶという事実をしっかりと認識しておく必要がある。よって発達障害を有する児童を受け入れるようになった児童自立支援施設は、より専門的な配慮と指導の力量を確保しなければならない。

児童自立支援施設は長い歴史を有する施設であることから伝統的とも言える考えと技術によって今日まで児童の指導に大きな力を発揮してきた。しかしながら発達障害の児童はこうした伝統的な考えや技術では対応できないような発達の特性と社会・对人的なハンディキャップを持つ。発達障害を持つ児童の入所率が高まるにつれて、施設は従来の指導方法の検討や、この方法に加えて新たな考えと対応技術を導入する必要がでてくる。

(4) 様々な視点で児童を見ることが要請されている

児童自立支援施設は、従来は反社会的問題行動を呈し、かつ親に監護能力が無く、一定の枠組みを必要とする児童を対象にして生活指導を通して自立支援をしてきた。近年入所する児童はこうした問題に新たないくつかの問題が付け加わった児童、例えば生育環境として親の虐待、発達障害としての素質、加えて心の問題を発するようになった児童が加わり、しかもその数が増えているのである。このような現実に対応するためには、こうした複数の要素や背景を適切に観察することのできる多面的な視点と心の問題に対する専門性が必要となる。こうした能力や機能が児童自立支援施設に求められていることになる。

(5) 児童虐待の入所治療の場としての役割

被虐待を経験した児童が児童養護施設や情緒障害児短期治療施設及び児童自立支援施設に入所するようになり、いずれの施設も被虐待による後遺症である愛着障害や心的外傷関連の精神障害、解離障害などを併発した児童の指導に取り組んでいる。児童自立支援施設では行為障害や暴力などの破壊的な攻撃性をコントロールできなくなった児童が多く入所する。よって、怒りや不満などが混在した激しい感情がコントロールできなかつたり、衝動抑制に著しく欠ける状態であったり、攻撃感情の交じったうつ状態を呈したり、といった精神科治療を要する状態が日常的に出現することになる。このたびの調査結果においてもこうした状態を呈する児童が報告されていた。

児童自立支援施設はいわゆる重度化した児童の対応を求められる児童福祉の砦のような施設とも言える。こうした現実にはまさに虐待の治療的なケアなどを行う場としての役割を求められていることにもなる。

(6) 精神科治療に対するニーズについて

①精神科医療を必要とする児童の現状

施設と協力関係にある精神科医療機関を受診している児童は12.5%に達し、しかも、この12.5%の児童は精神科薬剤を服薬していた。また精神科薬剤の服用のみならずカウンセリングなどの他の療法も受けている児童も多くの数に上っていた。この12.5%の児童のみならず条件を整えば精神科受診と精神科医のアドバイスを受けたい児童の数も17.7%見

られ、これらを合わせると施設が精神科受診を必要と位置づけている児童は入所児童の30%に達する。

アンケート調査と併せて訪問調査をしたが、これによれば児童自立支援施設入所児童の中には精神病類似の病態を呈する児童が少なくないことから抗精神病薬や抗うつ剤などが用いられていた。児童自立支援施設は精神科思春期病棟とも言えるような側面を兼ね備えており、精神科薬物によるコントロールを支えにして施設の伝統的な生活指導を受けている児童がかなり認められていた。

②地域の精神科診療機関との協働・連携について

ほとんど全ての児童自立支援施設は適切な精神科医療の支援を求めており、同時に地域の精神科医療機関から協力を取り付けているとうかがえた。しかし、受診するにも待機時間が長かったり、不便さなどの不都合を感じている施設が多かった。そんな中で、2、3時間をかけても信頼できる精神科医のもとに受診する施設も存在する。

地域の精神科診療機関との協働・連携が必要であり、しかもほとんどの施設がこの関係を求めていたが、どのような協働・連携が実際的であるかについては今後のテーマとなる。一例として、地方都市の一つである青森県の場合を例示する。

青森県の児童自立支援施設では、民間の精神科病院の児童精神科診療に携わっている精神科医師を嘱託として、治療を要する全ての児童の診察と治療を行っている。併せて月1回のケース会議（カンファランス）を施設の寮長、担当者、児童相談所の担当者で行い施設内における処遇を検討している。施設は内科医と精神科医を嘱託医として確保し、日常的に医療的なサポートが得られやすい状況を維持している。よって外部の精神科医療機関への通院を要する児童は薬物治療を主にした治療のための通院となっている。女兒の方が薬物治療のケースが多い。女兒は男児よりも内向的の症状もしばしば呈するようである。

児童相談所は一時保護し児童自立支援施設入所が必要な子どもは、入所前の対応としてこの保護中に嘱託医（児童相談所の嘱託も兼務）の受診を行い、必要のある児童には薬物治療を施す。よって児童相談所は入所前には必ず医学的診断を実施している。

医療的な対応を実施している児童が多いが、このような枠組みにより会話や言語的な指導が行いやすくなる。また、睡眠障害を起こしている児童が少なく、医療的な介入により睡眠が改善し、その結果、指導が行いやすくなるなど、医療的な介入は施設の指導を支える。

3. ファミリー・グループ・カンファランス（FGC）との関連について

児童自立支援施設に入所している児童の心の問題の広がりや深刻さに対応するためには精神科医療の介入や協力が不可欠であることが示されたが、本来の目的である自立や適切な就職を達成するためには家族や親せきなどの協力と支援が必要となる。全国児童自立支援施設協議会の「児童福祉施設における非行児童への支援に関する調査」によると、児童自立支援施設においては家庭復帰又は親戚引き取りが全体の70.2%を、次いで就職（自立）に伴う独立が9.6%をしめ、この二つで80%に達していた、という。70%に達した家庭復帰については内容の検討が必要ではあるが、児童の大半の退所先が家族であることを考

えると、家族の機能の向上や受け入れの準備と整備は重要な課題となり、施設や児童相談所はこの課題に向けた取り組みに力を入れなくてはならない。このために家族療法が注目されるのであるが、情緒障害児短期治療施設が約8割で実施しているのに対して、児童自立支援施設ではほとんどなされていない状況にあり、その方法としてFGC（ファミリー・グループ・カウンセリング）の活用の検討が必要となる。

E 結語

本研究により、子ども家庭福祉領域、特に児童自立支援施設に対する精神科医療や精神保健に求められる課題として以下のような結論を得た。

1. 近年の子ども一般に認められるような傾向の一つである心の問題、すなわち精神科疾患を有する児童の増加を反映するように、児童自立支援施設においても精神科疾患を有する児童が入所児童の約35%を占めるに至った。入所児童は潜在的な心の症状を抱えており、例えば睡眠障害や抑うつ症状などがタイムリーな精神科医療提供によって改善し、施設での指導効果につながることから精神医学や精神科医療の協働・連携が不可欠となる。
2. 被虐待経験を有する入所児童が50%以上を占め、また発達障害を有する児童も30%を超える割合で入所している。このように入所する児童の問題が従来とは異なり、施設は従来の伝統的な指導では立ちゆかなくなりつつある。よって発達障害に対する指導体制の整備が喫緊の課題となっている。また児童の中には発達障害と被虐待経験を併せ持つ児童も含まれ、複雑な病理を抱えるために、より専門的な介入が必要となった。こうした問題を反映して施設は精神科医療機関との協働・連携を求めるようになってきた。
3. すでに取り組みされている精神医学的な対応は、地域の精神科医療機関への通院による精神科薬物療法やカウンセリングで、このことにより施設での生活を通じた自立支援がなされる児童も少なくない。精神科医療を必要とする児童は受診数からみると入所児童の12.5%を占め、さらに施設として受診を必要と考えている児童17.7%を加えると、30%に達する。
4. 地域の精神科医療機関は協力的ではあるが、児童を専門にした精神科医は少なく、また受診に時間がかかり、こうした児童を抱えた施設としての困難感や負担感は大きい。は量知識と対応を必要と指導に困難を感じる問題行動を呈している。
5. 以上から、子ども家庭福祉領域の重要な入所施設である児童自立支援施設が、現在のような精神科疾患を抱えた児童の自立を支援する役割を果たすためには、適切な精神科医療の協力が不可欠となるのは明らかである。前年度の研究で取り組んだ児童相談所関連の地域精神保健クリニックとの協働・連携を形ある体制に整備することがこれからの課題となる。またこうした児童相談所関連の地域精神保健クリニックを全国的に整備することが、子ども家庭福祉領域の多くの機関が抱えている問題の解決にもつながり、それら機関が児童や家族の困難にしっかりと関われる体制作りが大きく寄与すると考えられる。

文献

1. 全国児童自立支援施設協議会（平成20年3月）：児童福祉施設における非行等児童への支援に関する調査研究事業報告書。
2. 厚生労働省（平成18年3月6日）：児童自立支援施設のあり方に関する研究会報告書

資料

児童自立支援施設における 精神医学的問題に関する調査 調査票

調査の概要

1. 目的

児童相談所や児童福祉施設は子ども家庭福祉分野において児童及び家族の支援に重要な役割を果たしてきましたが、近年はADHDや広汎性発達障害などの、少し前の時代には注目されなかったような問題を抱えた児童への対応や支援に専門的な視点で取り組むことが求められてきたように思われます。さらには精神医学的な問題を抱える親が増え、親との対応にいつそうの工夫を必要とするようなケースが増えてきたように思われます。また、徐々にではありますが、児童福祉領域においても子どもの心の診療に関する社会資源の整備が進みつつあります。このような時代的な変化を考えますと、子ども家庭福祉分野におきましても精神医学的な取り組みの充実を図る必要性があるものと考えられます。特に児童自立支援施設や情緒障害児短期治療施設では、複雑な心の問題を抱え行動化の激しい児童の処遇に関わり、時に苦慮されていると伺っております。本調査は、児童自立支援施設に入所中の児童を対象にして、彼らの精神医学的な問題の現状やそれに対する精神医学的な援助ニーズなどについて把握し、今後の取り組みについて検討するものです。

2. 対象と方法

- (1) 対象：全国58カ所の児童自立支援施設
- (2) 方法：郵送によるアンケート調査

調査事項

- ①入所中の児童の精神医学的問題の概要
- ②精神医学的問題に対する取り組みについて

- ③外部医療機関の支援体制や連携について
- ④児童相談所の措置について

I 入所児童について

1. 入所児童の心の問題全般についてうかがいます。

(1)平成20年度入所児童の概況について

①貴所の入所児童の定員は何人ですか？

男子_____名

女子_____名

②平成20年8月31日現在の入所児童は何人ですか？

男子_____名

女子_____名

③心の問題とは、何らかの精神的な症状を示し、医師の診断を受けている場合を指しますが、児童相談所の心理所見によりこれらの判定がされている場合も含めます。またADHDや広汎性発達障害及び知的障害などの軽度発達障害といわれる場合もこの中に含まれます。入所児童の中で何らかの心の問題の診断名が付いた児童は何名でしたか？

男子_____名

女子_____名

④入所児童の中で、入所後に新たに職員が心の問題を持つ児童として受け止め対応している児童はいますか。その数をお書きください。

男子_____名

女子_____名

(2)心の問題への対応状況についてお答えください。該当する番号に○をつけてください。

- ①入所児童の心の問題には施設内のスタッフでほぼ対応できている。
- ②対応に困難を感じている。嘱託医の協力を得てなんとか対応している。
- ③児童の心の問題のため日常的に大きな困難な状況にあり、施設としての限界を感じるほどである。

II 入所児童の心の問題について

1. 以下の項目でお示した心の問題の診断や判定の付いた児童について、その数をお答えください。

(1)精神病について

統合失調症は少し前までは精神分裂病と言いました。気分障害は、うつ病や躁うつ病の新しい分類名です。

心の問題	男子	女子
1. 統合失調症	名	名
2. 気分障害	名	名
3. その他の精神病	名	名

(2)破壊性問題行動について

反抗挑戦性障害と行為障害を合わせて破壊性問題行動と言いますが、これらの診断や判定の付いた児童についてお答えください。

心の問題	男子	女子
1. 反抗挑戦性障害	名	名
2. 行為障害	名	名

(3) 心的外傷関連の精神疾患について

児童自立支援施設で対応される児童は、虐待を受けていたり、暴力の加害者であったり逆に被害者であったりすることが多いように思われましたので、このような分類を設けました。

心の問題	男子	女子
1. PTSD	名	名
2. 愛着障害	名	名
3. 解離性障害	名	名
4. その他	名	名

(4) 心身症や神経症について

心の問題	男子	女子
1. 心身症（身体表現性障害）	名	名
2. 神経症（不安障害）	名	名
3. 強迫性障害	名	名
4. その他	名	名

2. 発達障害一般について

下記に列挙した発達障害は以前には行動や認知の問題としてあつかわれてきましたが、様々な心の問題を併存していることが多く、現在は心の問題として対応されるのが一般的です。その人数を記入してください。

心の問題	男子	女子
①ADHD	名	名
②アスペルガー障害	名	名
③広汎性発達障害	名	名
④ADHDと広汎性発達障害の合併	名	名
⑤精神遅滞（知的障害）	名	名
⑥高機能自閉症	名	名
⑦学習障害	名	名
⑧その他の発達障害	名	名
発達障害の総数	名	名

3. 児童虐待について

(1) 入所中の児童で入所の段階（児童相談所からの情報）で児童虐待が判明していた者

は何名でしたか？

男子 _____ 名

女子 _____ 名

(2) 入所後に児童虐待が判明した（疑われる者を含んで）者は何名でしたか？

男子 _____ 名

女子 _____ 名

(3) 児童虐待の内訳（(1)と(2)を合わせた者について）を教えてください。

児童虐待は以下の4つが重複している場合が多いのですが、その場合は最も大きな問題になっている虐待をお書きください。

虐待の分類	男子	女子
1. 身体的虐待		
2. 心理的虐待		
3. ネグレクト		
4. 性的虐待		

4. 現在入所中の児童で、外部の医療機関で精神科治療を受けているケースの現状についてうかがいます。

(1) 精神科治療を受けている子どもの数をお答えください。

男子 _____ 名

女子 _____ 名

(2) 治療の内容についてお答えください。

① 通院（子どもが毎回受診して）による薬物療法を主とした治療

男子 _____ 名

女子 _____ 名

② 通院によるカウンセリングを受けている（薬物療法と一緒にしている場合も含む）。

男子 _____ 名

女子 _____ 名

③ 子どもは受診しないで職員が薬物をもらいに行き行って服用させている

男子 _____ 名

女子 _____ 名

(3) 精神科病院の入院の有無について

平成19年9月1日から平成20年8月31日の1年間で、入所中の児童が精神的に混乱をきたして精神科病院などに入院をした場合がありますか？ 該当するものを○で囲んでください。ある場合にはその数を記入してください。

・ある : 入院したケースの数は（ _____ 名）

・無い

5. 地域の精神科医療機関の協力と連携について

(1) 現在入所中の児童で、外部の医療機関の関わりが必要と考えられる児童についてお答えください。

①精神医学的な診断やアドバイスを受けたい児童の数は？

男子_____名

女子_____名

②精神科通院による医療を受けさせたい児童の数は？

男子_____名

女子_____名

③精神科入院治療を受けさせたい児童の数は？

男子_____名

女子_____名

(2) 貴施設と地域の精神科医療機関との関係について伺います。①から③について該当するものを○で囲みください。

①近隣に利用できる精神科診療機関がありますか？（ある 無い）

②遠距離ではあるが利用できる精神科診療機関がありますか？（ある 無い）

③その機関は協力的ですか？（協力的 あまり協力的ではない 非協力的）

6. 心の問題の存在あるいは発生に気づかれたときの対応についてお答えください。

(1) 初期の対応はどのようにしますか？

(2) 外部の機関の支援が必要と判断した場合の対応についてうかがいます。該当するものを○で囲んでください。

①児童相談所と連携を図り、児童相談所の支援を望む。

②児童相談所と連携を図り、精神科による支援を求める。

③直接精神科受診を図り支援を求める。

④その他の方法

どのような対応をしますか？簡単に記述してください。

7. 貴施設の医療的機能についてうかがいます。

(1) 医務(医療)に関わる部屋について

①専用の医務室がある？ どちらかに○をつけてください。（有、無）

②保健室（もしくは静養室）がある？ どちらかに○をつけてください。（有、無）

③カウンセリングなどの心理治療に関わる部屋がある場合は、その名称と目的をお書きください。（例えば、家族療法などに使用する部屋、集団療法室、箱庭療法室など）

(2) 医療関係の職員の配置についてうかがいます。

①医師の配置について以下の項目にお答えください。

・常勤医師がいますか？ 該当するものを○で囲んでください。